

Arzneimittelgruppe (Verordnungsmindestquote) KV	C01 Opioide (generikafähige, BtM-pflichtige, orale Darreichungsformen)	C02 Erythropoese-stimulierende Wirkstoffe („biosimilare“ Erythropoetine)	C 03 Infliximab („biosimilares“ Infliximab)
Baden Württemberg	70,8%	19,6%	2,1%
Bayern	74,0%	56,1%	7,2%
Berlin	75,2%	54,2%	2,2%
Brandenburg	65,6%	47,5%	10,7%
Bremen	87,5%	66,3%	0,7%
Hamburg	79,4%	58,2%	0,4%
Hessen	68,4%	46,2%	9,4%
Mecklenburg-Vorpommern	67,3%	47,4%	0,4%
Niedersachsen	74,0%	50,2%	6,0%
Nordrhein	78,9%	60,2%	5,2%
Rheinland-Pfalz	67,4%	58,0%	6,2%
Saarland	66,4%	39,8%	9,6%
Sachsen	68,8%	46,8%	1,0%
Sachsen-Anhalt	64,2%	60,3%	15,7%
Schleswig-Holstein	75,0%	56,9%	4,5%
Thüringen	64,3%	48,1%	1,8%
Westfalen-Lippe	78,0%	55,3%	11,4%
Zielwert 2016	≥ 75,0%	≥ 55,0%	≥ 7,0%

Bekanntmachungen

Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 i. V. m. Abs. 8 SGB V – Heilmittel – für das Jahr 2016

vom 30. September 2015

**vereinbart zwischen dem Spitzenverband
Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)
und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
– nachstehend Vereinbarungspartner genannt –**

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung – nachstehend Vereinbarungspartner genannt – vereinbaren für das Jahr 2016 folgende Vorgaben für den Abschluss von regionalen Heilmittelvereinbarungen nach § 84 Abs. 1 SGB V.

1. Ausgangsbasis

Die Vereinbarungspartner erwarten, dass die regionalen Heilmittelvereinbarungen auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereini-

gungen auf der Grundlage dieser Rahmenvorgaben unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungsbedingungen inhaltlich fortentwickelt werden. Von den Rahmenvorgaben können die Vertragspartner der regionalen Heilmittel-Vereinbarungen nach § 84 Abs. 1 SGB V abweichen, soweit dies durch die regionalen Versorgungsbedingungen begründet ist.

Die Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel nach § 84 Abs. 8 Satz 3 SGB V unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs gemäß § 32 Abs. 1a SGB V bleibt durch diese Vereinbarung unberührt.

2. Anpassung gemäß § 84 Abs. 2 SGB V für das Jahr 2015

Die Vereinbarungspartner hatten sich mit den Rahmenvorgaben 2015 darauf verständigt, Abweichungen gegenüber den zugrunde gelegten Annahmen in den Verhandlungen über die Rahmenvorgaben für das Folgejahr zu berücksichtigen.

Nach einer Neubewertung der bundesweit vereinbarten Anpassungsfaktoren nach § 84 Abs. 2 Nr. 3, 4, 5 und 7 stellen sie für das Jahr 2015 eine weitere Anpassung der regionalen Ausgabenvolumina um plus 0,8 Prozent fest.

Die Neubewertungen sind bei der Festlegung der regionalen Ausgabenvolumina für das Jahr 2016 zu berücksichtigen. Hiervon kann nur im beiderseitigen Einvernehmen zwischen den vertrags-

schließenden Parteien abgewichen werden, soweit dies durch die regionalen Versorgungsbedingungen begründet ist. Sie hat keine Rückwirkung auf die für das Jahr 2015 geschlossenen Richtgrößen-Vereinbarungen nach § 84 Abs. 6 i. V. m. Abs. 8 SGB V.

3. Anpassung gemäß § 84 Abs. 2 SGB V für das Jahr 2016
KV-bezogene Ausgabenvolumina werden von den Vereinbarungspartnern für das Jahr 2016 nicht festgesetzt.

(1) Die Vereinbarungspartner verständigen sich darauf, dass die Anpassungsfaktoren nach § 84 Abs. 2 SGB V, Nummern

1. Veränderungen der Zahl und Altersstruktur der Versicherten,
2. Veränderungen der Preise,
6. Veränderungen der sonstigen indikationsbezogenen Notwendigkeit und Qualität bei der Heilmittelversorgung aufgrund von getroffenen Zielvereinbarungen und
8. Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven entsprechend den Zielvereinbarungen

von den regionalen Vertragspartnern selbst zu bestimmen sind. Dabei sollte der regionale, medizinisch begründete Versorgungsbedarf und dessen Veränderung bei der Anpassung des Ausgabenvolumens berücksichtigt werden.

(2) Die Vereinbarungspartner haben auf eine einzelne Bewertung der Anpassungsfaktoren nach § 84 Abs. 2 Nummern 3, 4, 5 und 7 SGB V verzichtet und für diese eine Gesamtbewertung in Höhe von plus 3,7 Prozent vereinbart. Davon sollen die regionalen Vertragspartner 0,1 Prozent als Sockel für die Intensivierung der geriatrischen Heilmittelversorgung, insbesondere aufgrund von Behandlungsplänen nach § 118 a SGB V (Geriatrische Institutsambulanzen), verwenden und gegebenenfalls regionalen Anpassungsbedarf berücksichtigen. Bei der Gesamtbewertung haben die Vereinbarungspartner auch die Intensivierung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen berücksichtigt. Die Gesamtbewertung der Faktoren ist in den Vereinbarungen nach § 84 Abs. 1 SGB V auf der Landesebene zu berücksichtigen.

(3) Weitergehende Anpassungen, z. B. über vertragliche Versorgungsformen (strukturierte Versorgungsprogramme, hausärztliche Versorgungsmodelle, Integrierte Versorgung, u. a.) können – abhängig von der jeweiligen Vertragslage – von den regionalen Vertragspartnern berücksichtigt werden.

4. Maßnahmen zur Ausgabensteuerung

(1) Für die Ausgabensteuerung stellt der GKV-Spitzenverband den Kassenärztlichen Vereinigungen Auswertungen aus dem GKV-HIS (GKV-Heilmittel-Informationssystem) als Frühinformation nach § 84 Abs. 5 SGB V quartalsweise jeweils grundsätzlich 15 Wochen nach Quartalsende zur Verfügung.¹

(2) Werden den Kassenärztlichen Vereinigungen Informationen zur Ausgabensteuerung nicht rechtzeitig übermittelt, besteht die Möglichkeit, die Heilmittel-Vereinbarungen nach § 84 Abs. 1 SGB V zur Festlegung des KV-bezogenen Ausgabenvolumens für das Jahr 2016 neu zu verhandeln.

(3) Die Vereinbarungspartner empfehlen den regionalen Vertragspartnern, die Ausgabenentwicklungen im Bereich ihrer Kassenärztlichen Vereinigung anhand der bereits zur Verfügung stehenden Daten fortlaufend zu beobachten und nach den regionalen Kriterien erforderlichenfalls mit den zur Verfügung stehenden Maßnahmen auf die Heilmittelversorgung einzuwirken.

(4) Die Vereinbarungspartner empfehlen, auf KV-Ebene gemeinsame Arbeitsgruppen zur unterjährigen Steuerung der Heilmittelversorgung einzurichten.

5. Weiterentwicklung der Steuerung der Heilmittelversorgung

Auf der Grundlage der praktischen Anwendung dieser Rahmenvorgaben eröffnet sich für die regionalen Vertragspartner die Möglichkeit, gemeinsam die Steuerung der Heilmittelversorgung weiterzuentwickeln. Hierzu wird den Partnern nach § 84 Abs. 1 SGB V empfohlen, zu prüfen, ob auf der Landesebene eine arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Heilmittel auf der Grundlage vereinbarter Versorgungsziele als Ablösung der Richtgrößenprüfung erfolgen kann.

6. Salvatorische Klausel

Die mit diesen Rahmenvorgaben getroffenen Festlegungen beruhen auf den verfügbaren Daten für die Heilmittelversorgung. Die Vereinbarungspartner verständigen sich darauf, Abweichungen zu den für das Jahr 2016 zu Grunde gelegten Annahmen in den Verhandlungen für die Rahmenvorgaben des Folgejahres zu berücksichtigen.

Berlin, den 30. September 2015

Kassenärztliche Bundesvereinigung – GKV-Spitzenverband

Bekanntmachungen

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses

**über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie:
Kombinierbarkeit von Einzel- und Gruppentherapie im
Rahmen der psychoanalytisch begründeten Verfahren**

Vom 16. Juli 2015

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 16. Juli 2015 beschlossen, die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Richtlinie) in der Fassung vom 19. Februar 2009 (BAnz. S.1399), zuletzt geändert am 16. Oktober 2014 (BAnz AT 02.01.2015 B2), wie folgt zu ändern:

¹Die Vereinbarungspartner verständigen sich darauf, dass die Lieferfrist bei Störungen der Datenlieferungen, die nicht vom GKV-Spitzenverband zu verantworten sind, überschritten werden kann.